

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 345

Travail de la Clinique Ophtalmologique
(Docteur P. BONNET)

Contribution à l'Etude
des
Kystes transparents des Paupières

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Juin 1933

PAR

Izaak WIERCHOWSKI

Né le 12 Février 1907, à KOBRYN (Pologne)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES TRANSPARENTS DES PAUPIÈRES**

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 345

Travail de la Clinique Ophtalmologique
(Docteur P. BONNET)

Contribution à l'Etude
des
Kystes transparents des Paupières

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Juin 1933

PAR

Izaak WIERCHOWSKI

Né le 12 Février 1907, à KOBRYN (Pologne)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIG
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	X. BONNET, agrégé chargé de cours
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOIAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERANI
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	IATARGET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacologie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EFARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FLORENCE, président : BONNET, assesseur ;

J.-F. MARTIN et WERTHEIMER

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

En remerciement de tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A MA FEMME

Un faible témoignage d'un profond attachement et d'inaltérable affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FLORENCE

*Professeur de Chimie biologique et médicale
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Nous le remercions vivement pour
le grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

*Chargé d'assurer l'exercice de la Clinique Ophtalmologique
Chirurgien des Hôpitaux*

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et a bien voulu faire partie de
notre Jury. Qu'il soit assuré de notre
affectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLRAT

Chef de Laboratoire à la Clinique Ophtalmologique

Ses examens histologiques nous
ayant été d'un précieux recours, nous
le prions d'agréer nos vifs remercie-
ments.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROLLET

*Ancien Chef de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Qu'il nous permette de lui exprimer
notre profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES TRANSPARENTS DES PAUPIÈRES

Introduction

Tous nos remerciements vont à M. Paul Bonnet qui, à l'occasion de quelques cas récemment observés à la clinique ophtalmologique de Lyon, qu'il dirige magistralement, a attiré notre attention sur une variété particulière de kystes des paupières : les kystes transparents.

Il nous a paru intéressant de mettre au point cette affection, peu fréquente et cependant assez controversée, notamment au point de vue anatomo-pathologique. A la lumière des observations que nous avons réunies et des faits que nous avons observés, nous essayerons également de contribuer à l'étude encore bien obscure de la pathogénie.

Dans notre exposé, nous envisagerons successivement l'historique de la question, les données étiologiques et pathogéniques, l'étude anatomo-pathologique et clinique et, enfin, le traitement. Nous donnerons ensuite un certain nombre d'observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale française et étrangère.

Nous remercions encore une fois M. le Professeur Paul Bonnet d'avoir bien voulu nous confier ce travail et le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Historique

Il est très difficile de situer la première description du kyste transparent des paupières, car les anciens Grecs d'une part, et les auteurs comme Maître-Jan, Saint-Yves (1765), Gendron (1770), Plenk (1783), Wenzel (1808) d'autre part, désignent deux affections différentes sous le même nom d'hydatides. En se basant sur l'excellent travail de Gabrielidès, nous allons essayer de montrer que l'hydatide des anciens Grecs est le kyste huileux des ophtalmologistes modernes et que les premières descriptions des kystes transparents des paupières remontent aux contemporains de Maître-Jan.

Maître-Jean, dans son *Traité des maladies de l'œil*, au chapitre des hydatides des paupières, au lieu de décrire l'affection, copie Celse, Aetius et Paul d'Egine, et dit : « Nos modernes, qui ont écrit de cette maladie, ont tissé leur chapitre du texte de ces auteurs, que je viens de rapporter, d'où vient que les descriptions qu'ils ont fait de cette maladie sont si confuses qu'il est difficile de reconnaître ce qu'ils ont voulu enseigner. Pour moi, comme je ne saurais écrire d'une maladie que je ne connais point et qui ne m'est point tombée en pratique, j'ai mieux aimé rapporter en

abrégé et séparément les différents textes des auteurs qui en ont fait une description plus exacte, afin de pouvoir au moins faire connaître ce qu'ils ont entendu par *hydatis*. »

Nous ne pouvons malheureusement rapporter ce que les contemporains de Maître-Jan ont écrit à ce sujet, car leurs ouvrages ne sont pas à la Bibliothèque d'Athènes. Nous devons donc admettre que l'histoire des kystes transparents des paupières commence avec les contemporains de Maître-Jan.

Les anciens Grecs décrivent, sous le nom d'*hydatide*, une affection des paupières et Paul d'Egine nous parle longuement de la symptomatologie et du mode opératoire des hydatides, mais, comme nous le verrons, ces descriptions concernent les kystes huileux des ophtalmologistes modernes. Pour Paul d'Egine. « l'*hydatide* consiste en une substance grasse étendue par une disposition contre nature, sous la peau de la paupière ».

En général, d'après les descriptions et les textes d'Hippocrate, de Galien et d'Arétée, l'*hydatide* présentait un kyste ou une vessie contenant un liquide clair comme l'eau potable et limpide comme le liquide des kystes à échinocoques ou l'ascite des hydropisies. Ce liquide peut être pur ou bien contenir de la graisse dissoute, comme dans les hydropisies de poitrine d'Hippocrate.

Il est intéressant de noter qu'Hippocrate emploie le terme tumeur hydropisique et que Galien fait usage le premier du mot *hydatide*. Arétée, mentionnant le premier le mot kyste, à propos des différentes variétés

d'hydropisies, a décrit une forme particulière dans laquelle le liquide hydropisique était surnagé par de petits kystes plein d'eau qui n'étaient autre chose que des kystes à échinocoques.

En se basant sur ces notions, nous tâcherons maintenant d'expliquer ce que les Anciens entendaient par l'hydatide des paupières.

Pour donner l'explication exacte, il faudrait, avant tout, préciser la situation des hydatides des paupières, leur symptomatologie et leur traitement opératoire; questions traitées par Galien et Paul d'Egine.

D'après Galien, l'hydatide est formée au-dessous du sourcil, derrière la paupière et la conjonctive et la partie supérieure de cette conjonctive. Aujourd'hui, nous aurions dit que l'hydatide se formait derrière le ligament suspenseur du tarse et au-dessous de l'extrémité antérieure de la capsule de Ténon. Il définit l'hydatide en le classant parmi les affections de la surface externe des paupières, par une augmentation de la graisse qui s'étend sous la paupière supérieure et qui donne une irritation contre nature de l'œil. De la symptomatologie décrite par Paul d'Egine, nous nous contenterons de mentionner que l'hydatide se rencontre chez les adultes et chez les enfants, qu'elle se forme au-dessous du sourcil et que son contenu est aqueux. D'après le mode opératoire rapporté aussi par Paul d'Egine, on comprend aisément que l'eau de l'hydatide devrait être contenue dans un sac, que le sac du kyste présente une racine profondément implantée dans la région palpébrale, d'où on arrive à l'arracher par des tiraillements.

Pour arriver à notre but, c'est-à-dire savoir ce que les Anciens entendaient par hydatides des paupières, il faudrait, conformément aux descriptions faites par Galien et Paul d'Egine, trouver une tumeur se rencontrant chez les adultes et les enfants avec la possibilité d'être congénitale ; cette tumeur serait située à la partie supérieure des paupières, au-dessous du sourcil, contenue dans un sac, possédant une racine de plantation dans la profondeur, et plein d'un liquide limpide comme de l'eau.

Il existe en ophtalmologie une affection qui correspond exactement à cette description et qui porte le nom de kyste huileux ou dermoïdes des paupières.

Voilà donc comment, partis pour étudier l'histoire des kystes transparents, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : les hydatides des paupières des Anciens Grecs sont les kystes huileux des ophtalmologistes modernes et que l'historique des kystes transparents des paupières commence avec les contemporains de Maître-Jan.

Après Maître-Jan et ses contemporains, de nombreux auteurs, tels que Saint-Yves, Gendron, Plenk, font mention des kystes transparents des paupières qu'ils nomment toujours hydatides et qu'ils décrivent d'une façon incomplète.

Avec Wenzel, nous entrons dans une époque de progrès considérables, accomplis depuis le commencement du 18^e siècle, dans les études ophtalmologiques. Nous allons maintenant parcourir, par ordre chronologique, les différents travaux publiés sur les kystes transparents des paupières.

Demours, en 1818, dans son *Traité des maladies des yeux*, décrit l'hydatide de la marge des paupières ; il signale que c'est une tumeur à évolution très lente, présentant un caractère bien particulier : la transparence.

En 1841, Velpeau, dans son excellent article sur la pathologie des paupières, décrit les kystes transparents des paupières sous le nom de phlyctènes.

Quelques années plus tard, en 1846, paraît le remarquable travail de Sichel, où l'auteur désigne l'affection sous le nom de kystes séreux et milium transparent, une petite tumeur transparente remplie d'un liquide limpide, dont le volume peut varier d'un grain de millet jusqu'à celui d'une petite fève.

L'année suivante, le même auteur, à propos d'un cas tout à fait exceptionnel de kyste hydatique véritable, revient sur la question, en cherchant à établir le diagnostic différentiel entre les kystes séreux et les kystes lardiques.

Mackenzie se contente de faire remarquer que ces vésicules demi-transparentes ou phlyctènes, remplies d'un liquide aqueux, s'observent surtout sur le bord libre des paupières et surtout vers l'angle interne.

En 1862, Fano, dans l'article sur la *Nature et traitement des kystes des paupières*, cherche à résoudre la question d'anatomie pathologique et se demande si ces kystes ne proviennent pas des follicules sébacés.

Une année plus tard, en 1863, de Wecker, dans son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, insiste sur les différents caractères de l'affection et propose, en se basant sur le caractère bien spécial de la petite tumeur, de la désigner sous le nom de *kystes*

transparents. Cette dénomination est acceptée par tous les auteurs modernes. Elle a l'avantage de rappeler un des principaux caractères de cette variété de tumeur et de ne préjuger en rien de sa nature.

En 1866, paraît la thèse de Thomas sur les *Tumeurs des paupières* ; l'auteur y range, sous trois chefs différents, les kystes à contenu liquide et transparent, et qui, selon lui, correspondent aux kystes meibomiens, aux kystes ciliaires et aux kystes sudoripares.

Trois ans plus tard, Pujo, dans sa thèse sur les *Kystes des paupières et sur leur traitement*, soutient, d'une façon affirmative, qu'ils se forment aux dépens des glandes sudoripares.

Follin et Duplay attirent l'attention sur le fait que les kystes peuvent disparaître spontanément, qu'ils sont souvent multiples, qu'ils s'observent plus spécialement sur la paupière inférieure. Il les croit plus rares que les kystes meibomiens.

Puis, Yvert, en 1880, dans son travail intitulé : *Des kystes transparents des paupières*, nous donne une description clinique et s'efforce, en même temps, de résoudre la question anatomo-pathologique, en se basant, le premier, sur un examen histologique, d'après lequel il croyait démontrer que les kystes transparents se forment exclusivement aux dépens des glandes sébacées.

Cette notion a été rejetée, l'année suivante, par Desfosses, qui a fait des recherches concernant le point de départ de ces kystes transparents des paupières. Pour lui, ces kystes ne se développent pas dans les glandes sébacées, comme l'a pensé Yvert, mais bien aux dépens des glandes de Moll.

Depuis le travail de Desfosses, d'autres ont été publiés confirmant cette manière de voir. Nous citerons notamment ceux de Wintersteiner (1894, 1896) et d'Ahlstrom (1903). Wintersteiner, comme Desfosses, a trouvé sur la paroi des cavités, une rangée de cellules épithéliales cubiques ; il a également remarqué que le siège de prédilection est le voisinage des points lacrymaux, ce qui s'explique à la fois par le plus grand nombre et le plus grand développement des glandes de la région, par la compression plus marquée de leurs conduits excréteurs, compression due aux fibres du muscle de Riolan ; enfin, par l'obturation plus facile des orifices glandulaires, en raison des clignements qui accumulent, vers l'angle interne des paupières, les débris divers. Dans une deuxième publication sur ce sujet, Wintersteiner montre que le contenu des kystes renferme parfois des cristaux de sulfate de chaux.

Ahlstrom a étudié des faits analogues à ceux de Wintersteiner ; il a observé le développement du kyste dans le canal excréteur de la glande et non dans la glande elle-même.

Enfin, l'excellent travail de Gabrielidès (1927), apporte un appui nouveau, confirmant les recherches anatomo-pathologiques de Desfosses. Il se base sur un examen histologique complet de trois kystes, qui démontre que les kystes transparents des paupières ont leur origine dans les glandes sudoripares de Moll.

Aperçu général

A côté des kystes transparents des paupières, qui font l'objet de notre étude, nous rappelons que les paupières sont le siège de kystes variés. Nous les énumérerons rapidement, en donnant seulement leurs principales caractéristiques.

Les kystes séreux glandulaires sont de deux sortes : les uns se développent aux dépens de glandes de Krause, c'est-à-dire des glandes lacrymales ordinaires non modifiées. Ces kystes ont été étudiés par Stoewer. Les autres dérivent des glandes de Meibomius étudiées par Wintersteiner à propos d'un cas qu'il eut l'occasion d'observer. Ils sont en connexions intimes avec le tarse.

Les kystes séreux simples, formés dans le feuillet moyen, sans participation d'un élément glandulaire, sont d'une telle rareté, qu'on pourrait dire qu'il n'en existe pas d'exemple certain.

Les kystes sébacés se développent aux dépens des glandes du même nom qui, pour Yvert, sont le point de départ des kystes transparents des paupières.

Les kystes dermoïdes sont caractérisés par les faits qu'ils ne présentent aucune adhérence à la peau, qu'ils ont très souvent des rapports étroits avec le squelette de la région et, enfin, que leur poche offre une épais-

seur relativement considérable et perceptible au doigt.

Les kystes inflammatoires apparaissent à la suite d'une inflammation chronique de la conjonctive, notamment dans l'ophtalmie granuleuse ; les glandes de la muqueuse s'enflamment, le canal excréteur s'oblitére sous l'influence de la sclérose trachomateuse et il se forme des tumeurs kystiques qui ont été étudiées par Fruginelle. Parmi les kystes inflammatoires, nous signalerons de plus les kystes paupébraux consécutifs à la présence d'un corps étranger. Ces tumeurs, légèrement bosselées, donnent à la peau qui les recouvre une coloration noirâtre ou rouge ; elles saignent facilement.

Les kystes à entozoaires, remarquables par leur transparence, sont très rares à la paupière. Ils renferment, dans la plupart des cas, des cysticerques, et, dans presque tous, la nature de la tumeur n'a été reconnue qu'à l'intervention.

Enfin, certains kystes, un peu spéciaux, méritent d'être mentionnés. Ce sont les kystes très rares, développés aux dépens de l'épithélium par un processus d'invagination de la peau palpébrale, avec accolement des bords libres.

Après ce court aperçu général, nous allons procéder à l'étude détaillée des kystes transparents des paupières qui, seuls, nous intéressent.

Etude clinique

FRÉQUENCE ET ÉTIOLOGIE

On pourrait croire, d'après la liste de travaux que nous avons énumérés, que les kystes transparents des paupières constituent une affection fréquente dans la pratique journalière. Au contraire, c'est une maladie assez rare. Une statistique de la clinique de M. Galezowski, sur un nombre approximatif de 7.000 malades qui se sont présentés au cours de l'année, relève quatre cas de kystes transparents des paupières.

Personnellement, dans les archives de la clinique ophtalmologique de Lyon, particulièrement active cependant, sur un nombre de malades qui varie entre 2.500 à 3.000, nous en retrouvons quatre à cinq cas seulement, chaque année. Il faut, néanmoins, considérer que nombre de malades ne se présentent pas à la consultation, vu la bénignité de ces kystes et l'absence, dans la majorité des cas, de tout trouble fonctionnel. En réalité, la proportion de cette affection est plus élevée.

Quant aux causes auxquelles on peut attribuer le développement de ces productions kystiques, elles nous sont absolument inconnues.

Le sexe ne nous paraît jouer aucun rôle. L'affection

est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

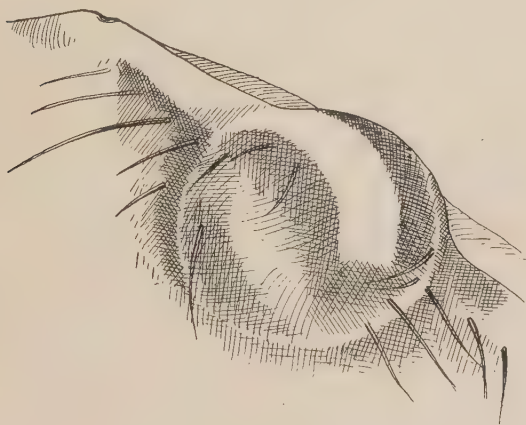
La question d'âge nous semble plus importante. L'affection débute généralement vers l'âge de quarante ans. Ce fait ne doit pas être considéré comme une coïncidence. C'est une notion étiologique certaine.

SYMPTOMATOLOGIE

Le caractère le plus important de ces kystes est la *transparence*. C'est un caractère qu'on doit toujours rechercher. Il est très facilement appréciable dans la plupart des cas, surtout s'il s'agit des kystes qui ont acquis un certain volume. Cette transparence est parfois si nette qu'à juste titre on a comparé cette petite tumeur à un grain de cristal (Velpeau). Dans d'autres cas, elle est moins nette, et la coloration du kyste est légèrement citrine ou jaunâtre. Quelquefois, enfin, ce symptôme, quoique non douteux encore, est relativement peu accentué. On doit alors avoir recours à l'éclairage latéral pour obtenir la certitude de la transparence. Ces différences, dans le degré de la transparence, s'expliquent par l'épaisseur même de la paroi kystique, qui peut être plus ou moins grande, et par la suite, laisser passer plus ou moins facilement la lumière.

L'examen biomicroscopique à la lampe à fente permet d'étudier ces productions kystiques et de distinguer les *kystes sessiles*, encore inclus dans la paupière, et les *kystes pédiculés* qui, au fur et à mesure de leur accroissement, acquièrent une transparence marquée.

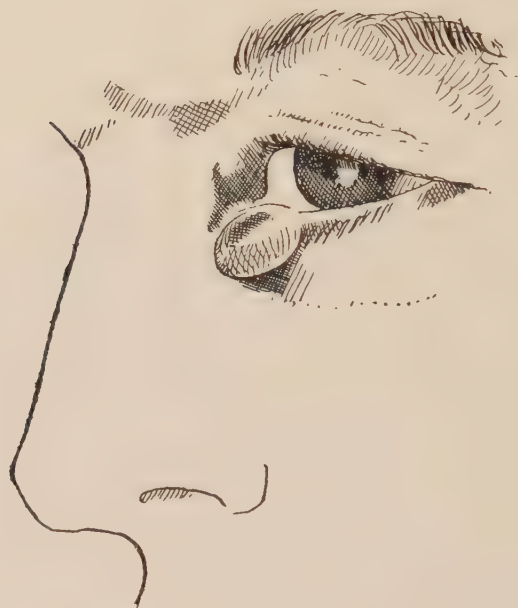
a) *Les kystes sessiles* font une légère saillie au niveau de leur point d'implantation. Leur coloration est bleutée. Lorsqu'ils s'extériorisent, par suite de leur



développement, ils s'arrondissent, font une saillie plus marquée et deviennent généralement sphériques. Quelquefois, ils s'allongent dans le sens transversal. En s'extériorisant, ils écartent plus ou moins les cils.

b) *Les kystes pédiculés* s'allongent à l'extérieur, en poire. Par leur volume, ils sont susceptibles d'éverser la paupière inférieure. Ils deviennent en même temps extrêmement transparents. A leur surface, on voit ramper des vaisseaux, surtout quand la poche kystique atteint une certaine dimension. Ces rameaux vasculaires, s'ils existent, sont visibles à l'œil nu, mais les ramuscules plus ténus demandent à être recherchés à la loupe. Assez souvent, les kystes affectent une

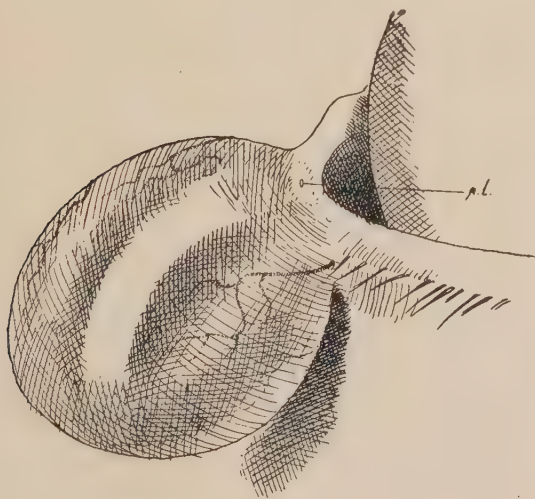
orientation transversale, de telle sorte que le diamètre horizontal tend à l'emporter de plus en plus sur le diamètre vertical.



Le volume des kystes transparents est variable. Il peut passer par tous les intermédiaires, depuis le volume d'une tête d'épingle en verre jusqu'à celui d'un grain de raisin.

Leur siège est variable. Ils sont cependant plus fréquents à la paupière inférieure et particulièrement vers son angle interne. Ce fait s'explique du reste par la richesse de ces régions en glandes sudoripares, dites de Moll. Suivant qu'ils siègent sur le voile palpébral

ou sur le bord libre, nous distinguerons : les kystes du voile palpébral, d'ailleurs rares, et les kystes du bord libre. Ces derniers, suivant qu'ils siègent plus ou moins loin du point lacrymal, se distingueront en kystes du bord libre et en kystes juxta-lacrymaux. Ceux-ci sont importants par leurs rapports avec le point lacrymal et le canalicule lacrymal inférieur, qui peut être dévié, allongé, aplati ou refoulé. Les rapports normaux sont, dans ce cas, considérablement modifiés et on peut même voir le point lacrymal inférieur enfoui et par conséquent difficile à cautériser.



Les kystes sessiles ne causent généralement pas de troubles fonctionnels. Mais quand ils s'extériorisent et acquièrent un certain volume, ils peuvent en provoquer. Par leur volume, ils sont susceptibles de gêner

lés mouvements de la paupière. Ils peuvent, de même, être un obstacle au port des lunettes, comme dans le cas de notre malade, dont les lunettes étaient refoulées et humidifiées.

Dans les cas de kystes juxta-lacrymaux, l'accroissement du kyste influe sur les rapports anatomiques du canalicule lacrymal inférieur qui, dévié, entraîné ou effacé, produit du larmolement.

L'ectropion de la paupière inférieure est possible du fait du poids du kyste et cause ainsi un écoulement des larmes sur la joue et une conjonctivite légère.

La limitation du champ visuel survient dans le cas où un kyste d'un gros volume siège sur le canthus externe, comme le montre un cas observé par Gabriélidès.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON

Les kystes transparents des paupières se caractérisent par une marche excessivement lente. Ils mettent plusieurs années pour acquérir un certain volume. Etant donné que, généralement, ils ne produisent pas des troubles fonctionnels, seule la question d'esthétique pousse les malades à l'intervention chirurgicale. Les kystes sont susceptibles, dans quelques cas rares, de disparaître spontanément, soit par rupture accidentelle causée par un choc, soit par résorption. Mais cette évolution vers la guérison spontanée nous paraît tout à fait exceptionnelle.

Anatomie pathologique et pathogénie

Avant d'aborder la description histologique et la pathogénie des kystes transparents des paupières, nous nous arrêterons sur quelques points importants, concernant leur siège.

L'examen biomicroscopique à la lampe à fente permet de les étudier.

Il faut distinguer les kystes sessiles, encore inclus dans la paupière, et les kystes pédiculés qui, par un accroissement lent et progressif, deviennent saillants et de plus en plus transparents.

Suivant qu'ils siègent sur le voile palpébral ou sur le bord libre de la paupière, nous distinguerons :

a) *Les kystes du voile palpébral* sont rares ; ils présentent en même temps peu d'importance au point de vue des rapports avec les organes de la paupière.

b) *Les kystes du bord libre des paupières* nous intéressent spécialement, à cause de leur fréquence et par les précautions opératoires qu'ils imposent. Suivant leur situation, nous les diviserons en kystes du bord libre et en kystes juxta-lacrymaux.

1° *Les kystes du bord libre* sont situés assez loin des points lacrymaux. Ils siègent au voisinage du bord ciliaire, relativement loin du bord glandulaire. Leur dé-

veloppement se fait du côté de la peau. Ils écartent et dispersent généralement les cils en se développant.

2° *Les kystes juxta-lacrymaux* sont les plus fréquents. Leur siège de prédilection est le bord libre de la paupière inférieure, au voisinage de l'angle interne. C'est là leur principal intérêt. Ce sont alors des kystes juxta-lacrymaux, voisins du point lacrymal inférieur, et leurs rapports avec le canalicule lacrymal inférieur dominent la technique de leur extirpation chirurgicale.

Ils peuvent siéger : a) en dehors du point lacrymal inférieur. Les rapports avec le point lacrymal sont immédiats. Par contre, ils restent éloignés du canalicule lacrymal inférieur ;

b) en dedans du point lacrymal inférieur, au contact direct du canalicule qu'ils refoulent et dont le trajet se trouve dévié ;

c) ils peuvent siéger en regard même du point lacrymal. Celui-ci se trouve alors entraîné par le développement et le poids du kyste, effacé par la distension du kyste et englobé dans le kyste. Dans ce cas, le canalicule lui-même peut être dévié, allongé, aplati, refoulé. Les rapports normaux sont considérablement modifiés dans ce cas.

Les kystes transparents des paupières ont été appelés successivement hydatides, phlyctènes, kystes séreux, kystes sébacés ou kystes sudoripares, suivant qu'on les faisait dériver de l'une ou de l'autre glande. Enfin, de Wecker les a nommé *kystes transparents*, nom qui a été généralement admis. Cette dénomination indique bien le vague qui existait dans l'esprit des auteurs, au sujet de la nature et de la pathogénie

de ces kystes, puisqu'elle ne s'adresse qu'au caractère purement physique de la transparence.

Le premier examen histologique des kystes transparents des paupières a été fait par Keiner et Yvert, en 1880. Une deuxième observation est publiée l'année suivante par Desfosses. Ces deux examens diffèrent, Keiner et Yvert admettent que de tels kystes ont leur point de départ dans les glandes sébacées, dont les parois hyperplasiées sécrèteraient un liquide séreux. Desfosses dit que le kyste examiné par lui était formé aux dépens des glandes sudoripares de Moll. D'après ce dernier auteur, si l'existence de kystes transparents d'origine sébacée est un jour démontrée, on sera obligé d'admettre l'existence de deux sortes de kystes, les uns ayant pour origine les glandes sébacées, les autres les glandes sudoripares.

D'après ce que nous venons de dire, nous croyons que toute publication nouvelle peut contribuer à élucider la question, d'autant que les examens histologiques de pareils cas ne sont pas nombreux (Wintersteiner, Ahlstrom, Michel, Bock, Gabriélidès). D'ailleurs, tous ces auteurs admettent qu'il s'agit de kystes provenant des glandes de Moll. L'origine sébacée doit être rejetée. Pour l'admettre, il faudrait supposer que la glande, après l'oblitération pour une cause quelconque de son canal excréteur, modifie ses produits de sécrétion. Ceux-ci, en effet, n'ont jamais les caractères habituels des produits de sécrétion sébacée.

Parmi les glandes sudoripares des paupières, il faut distinguer deux sortes de glandes. Les unes analogues aux glandes sudoripares de la peau, c'est-à-dire glan-

des en tube s'enfonçant profondément sous le derme, où elles se terminent en glomérules, sont situées à la face externe des paupières. Il semble bien qu'elles peuvent donner naissance à de petits kystes, assez semblables aux kystes des glandes de Moll, ainsi que le montre le cas publié par Michel ; mais ils ne siègent pas sur le bord même de la paupière et, de plus, il leur manque quelques couches de fibres musculaires, ainsi que Wintersteiner l'a déjà fait remarquer. Les autres, étudiées par Moll, en 1857, puis par Hubert Sattler, sont remarquables parce qu'elles n'offrent pas de glomérules à leur extrémité. Situées entre les cils et plus profondément qu'eux, elles sont volumineuses, onduleuses dans leur portion sécrétante ; leur canal excréteur est presque rectiligne et va aboutir presque toujours à un follicule pileux. Cependant, dans quelques cas rares, on peut observer leur abouchement direct sur le bord libre de la peau (Desfosses).

Il nous reste, maintenant, à décrire ces kystes transparents des paupières, au point de vue microscopique. Nous nous baserons, dans cette étude, sur les différents examens histologiques qui ont été publiés.

Epiderme. — Il se compose de plusieurs couches épithéliales stratifiées, régulières, avec couches cornées et malpighiennes, dont l'assise basale présente les coccus chromatiques physiologiques. Des prolongements dans le chorion des couches malpighiennes n'existent pas. Le nombre et l'épaisseur des couches épidermiques est tantôt, par endroits, plus épais que normalement, tantôt moins ; mais de toutes façons leur nombre est suffisant pour qu'on ne puisse penser

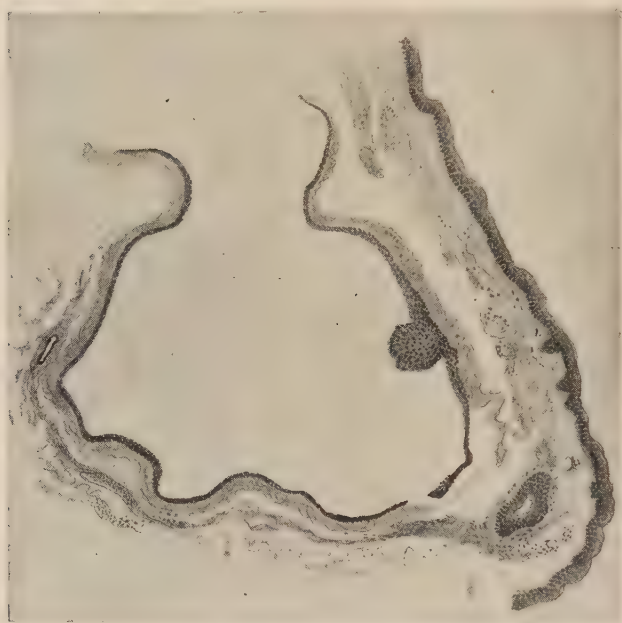
à une insuffisance de couches épidermiques. Quelquefois l'épiderme présente des proéminences avec augmentation du nombre de ses couches (Gabriélidès). Dans certains cas, l'épiderme est assez pauvre en couche cornée.



En bas et à droite, revêtement épithélial cutané ; plus profondément, fragment de la paroi du kyste.

Chorion. — Il est composé de tissu conjonctif dense et serré, plus riche en amas de fibres qu'en cellules nucléaires. Dans le chorion, on voit quelques éléments lymphocytaires dispersés ou en amas, surtout autour

des vaisseaux. La présence de ces cellules décèle une légère réaction inflammatoire. Le tissu conjonctif au fur et à mesure qu'on se rapproche des parois du kyste devient de plus en plus dense et fibreux. Finalement,



A droite, épithélium cutané.
Au centre, cavité kystique avec bourgeon épithélial intrakystique

il s'unit très intimement avec la paroi kystique. Il est normal d'observer des follicules pileux des fibres musculaires lisses et des vaisseaux.

Kyste. — Les parois du kyste sont de structure diffé-

rente, suivant que le kyste se forme aux dépens de la glande elle-même ou de son conduit excréteur. Dans le premier cas, l'épithélium est formé d'un seul rang de cellules cubiques à protoplasma finement grené, noyaux assez volumineux et des grains jaunâtres très réfringents. (Ces cellules sont décrites comme cylindriques par Gabriélidès). Une rangée de fibres musculaires lisses est située entre l'épithélium et la paroi conjonctive du kyste. Cet aspect varie généralement suivant la direction des coupes (Desfosses, Gabriélidès). Cette couche musculaire à aspect strié, touche le tissu conjonctif qui entoure le kyste sans interposition d'une membrane basale. Dans le deuxième cas, c'est-à-dire si le kyste provient du canal excréteur de la glande, l'épithélium a une disposition en deux rangées et quelquefois, par endroits, trois ou quatre rangées de cellules stratifiées, aplaties (Ahlstrom). Nous avons trouvé cette disposition dans des cas récents, les pièces ayant été examinées par le Docteur Colrat.

Contenu du kyste. — Le kyste offre une seule cavité, quelquefois avec diverticules séparés (dans le cas de Desfossés, il existait trois cavités). Dans l'intérieur du kyste, on voit des masses irrégulières, amorphes, grossièrement granuleuses et légèrement teintées. Ces masses sont composées d'albumines et de résidus de cellules épithéliales desquamées et amorphes.

Examen microscopique du liquide. — Outre l'absence de leucocytes, de globules rouges et de cellules

épithéliales en bon état, l'examen relève diverses formations plates, irrégulières uniformément colorées, montrant des traces de noyaux hypothétiques et une multitude de petits cocci dispersés. Ceux-ci rappellent des noyaux entourés de résidus protoplasmiques, sans limites nettes et présentant un aspect rappelant les hémato blasts. On voit exceptionnellement des formations ressemblant à des cellules épithéliales, ou des figures ressemblant de loin à des leucocytes mononucléaires (Gabriélidès).

Analyse chimique. — Liquide limpide, alcalin contenant de l'albumine. Dans quelques cas, on trouve dans le contenu du kyste, des cristaux de sulfate de chaux (Wintersteiner) et ce fait peut servir comme un argument de plus en faveur de l'origine exacte de ces kystes, étant donné que la sécrétion sudoripare, étudiée par Kast, contient normalement du sulfate de chaux.

En résumé, les kystes transparents des paupières dérivent d'une façon certaine des glandes sudoripares modifiées de Moll. Les différents examens histologiques nous permettent de certifier cette origine. Nous admettons de même que les kystes en question peuvent se développer aussi bien dans le canal excréteur que dans la glande elle-même. Nous sommes forcé de rejeter l'opinion de Yvert, qui fait dériver ces kystes des glandes sébacées ; aucun des auteurs qui se sont intéressés à la question n'a confirmé cette conception.

Après avoir élucidé un point fort intéressant d'anatomie pathologique concernant l'origine des kystes

transparents des paupières, nous aborderons la question encore obscure de la pathogénie de cette affection. Elle nous paraît entrer dans le cadre des kystes glandulaires en général qui reste, malgré des hypothèses, une question mal connue. Nous serons assez bref, car elle déborde le sujet de notre travail, cependant nous tâcherons d'apporter un peu de lumière, en étudiant quelques théories et en développant quelques points particuliers qui permettront au moins d'expliquer la formation d'un certain nombre de kystes transparents des paupières.

Il nous est difficile d'admettre la théorie qui explique la formation des kystes par rétention simple de sécrétion dans une glande dont le canal excréteur est obstrué. En effet, la ligature brusque du conduit excréteur d'une glande ne donne pas naissance à la formation d'une dilatation kystique, comme on pourrait le croire *a priori*. Au contraire, à l'oblitération simple et complète des canaux d'excrétion correspondent des phénomènes atrophiques. Nous rejetterons donc cette conception, paraissant pourtant très simple, mais qui contrarie d'une façon nette les données de la physiologie expérimentale. Pour produire la rétrodilatation des conduits excréteurs et des acini d'une glande, il faut une oblitération lente et progressive du canal excréteur. Le rein nous en fournit un exemple : les grosses hydronéphroses ne se voient qu'après les oblitérations lentes de l'uretère et non après les ligatures brusques de ce conduit. La formation des kystes dits par rétention est en réalité très complexe et la rétention du liquide sécrété par la glande n'est pas seule en cause :

les phénomènes inflammatoires jouent probablement ici un rôle important en provoquant une prolifération de l'épithélium, dont le rôle est considérable dans la formation des cavités kystiques. En réalité, aux abords des kystes transparents des paupières, nous trouvons un certain degré d'inflammation qui peut être le point de départ d'une division cellulaire plus active. Celle-ci aboutirait à la formation d'une cavité kystique qui s'emplirait d'un liquide provenant des cellules glandulaires dont le nombre s'accroît au fur et à mesure que le kyste augmente de volume, grâce au processus d'une mitose plus marquée, soutenue par les phénomènes inflammatoires légers mais constants.

Avec Tripier, on pourrait aussi considérer nos kystes comme des formations nouvelles analogues à des productions inflammatoires. Elles s'en distinguent, toutefois, par la continuation des phénomènes d'hyperplasie cellulaire. Il y a des transitions insensibles qu'on peut constater entre le processus de certaines inflammations et les processus qui constituent les néoformations bénignes.

Dans un certain nombre de cas, le système nerveux terminal de la glande et surtout le sympathique, nous paraissent jouer un rôle dans la production de cette affection. En se basant sur l'observation de Michel d'un cas des kystes transparents multiples, siégeant au niveau des paupières, de la face et du cou du même côté, avec hypersudation marquée dans ces régions, on peut penser d'autant plus à un trouble sympathique donnant une hypersudation des glandes sudoripares, que la malade présentait une paralysie des

filets oculo-pupillaires du sympathique. Mais nous croyons que l'hypersécrétion seule par paralysie sympathique ne suffira pas pour expliquer la formation d'une cavité kystique ; car si le canal excréteur est suffisant, ce phénomène se traduira par un écoulement plus abondant du produit de la sécrétion. Nous devons donc faire jouer, dans ce cas, un processus surajouté. Il peut se faire, d'une part, qu'aux phénomènes d'hypersécrétion par cause nerveuse se surajoute une mitose plus abondante des éléments cellulaires de la glande soutenue par un léger degré d'inflammation de la région. D'autre part, nous pouvons admettre que, dans certains cas, le canal excréteur est insuffisant pour assurer l'écoulement du produit sécrété en abondance par la glande. Nous ne voulons pas parler d'une oblitération complète qui contrarie les données de la physiologie, mais il nous paraît possible que le conduit excréteur soit en partie oblitéré ou même comprimé par les fibres musculaires de Riolan, qui entourent les tubes glandulaires de Moll, d'autant plus qu'ils présentent de nombreuses flexuosités. Le conduit excréteur deviendrait ainsi insuffisant pour assurer l'écoulement libre de la sécrétion d'une glande qui fonctionne d'une façon exagérée.

Diagnostic

Nous ne nous attarderons pas à insister sur les différences qui existent entre les kystes transparents des paupières et les phlyctènes symptomatiques de l'érysipèle ou d'une brûlure. L'absence de toute rougeur érytémateuse et de toute inflammation, nous permettent d'éliminer d'emblée toutes complications de cette nature.

La question se complique quand il s'agit d'établir *a priori* si on a affaire à un kyste transparent ou à un cysticerque développé dans le tissu cellulaire sous-cutané des paupières. Le diagnostic est presque impossible avant l'extraction de la tumeur. Nous croyons nécessaire d'attirer l'attention sur ce fait que le cysticerque de la paupière constitue une affection vraiment rare, et qu'il n'est permis d'y penser qu'après avoir éliminé la possibilité d'un vrai kyste transparent des paupières.

Les kystes palpébraux consécutifs à la présence d'un corps étranger sont faciles à diagnostiquer. Les différences, dans ce cas, sont nettes. La tumeur est légèrement bosselée. La peau qui la recouvre a une coloration rouge ou noirâtre. La tumeur saigne facilement. La ponction confirme le diagnostic par la constatation directe du corps du délit.

Les kystes lacrymaux intrapalpébraux se distinguent facilement des kystes transparents des paupières. Leur volume, toujours considérable d'une part, leur localisation à la partie supérieure et externe du cul-de-sac conjonctival oculo-palpébral d'autre part, sont des éléments de diagnostic bien distincts.

On ne pourrait pas confondre les kystes transparents des paupières avec le molluscum qui est une affection des glandes sébacées. Celui-ci est reconnaissable à ce que son centre, souvent ombiliqué, est traversé par un poil auquel la glande sébacée est afférente. Il est très fréquent chez les enfants, chez lesquels il est souvent multiple.

Enfin, il existe une affection, très rare en réalité, mais intéressante à signaler. Elle a été décrite sous les noms de colloïde milium, de colloïdome miliaire, de hyalome. La ressemblance est tellement grande entre ces deux maladies que l'erreur est possible, si on n'y pense pas. Ce sont des éléments non liquides, de petites élevures brillantes, citrines et translucides. Leur volume est variable, depuis le point jaune brillant appréciable à la loupe, jusqu'au volume d'un grain de mil et même d'un grain de blé. Mais leur consistance solide à la palpation, le résultat négatif de la ponction, nous démontrent que ce ne sont que des apparences de vésicules.

A notre avis, le seul diagnostic difficile et très important est avec certains mélanomes du bord libre des paupières. L'erreur serait grave de conséquences. Il y a une importance réelle au point de vue du pronostic

et des indications opératoires suivant qu'il s'agit d'un mélanome ou d'un kyste transparent.

Comme le kyste, un mélanome peut siéger sur le bord libre des paupières, au niveau du bord ciliaire. Il peut être nettement arrondi, saillant, bleuté. Il pourrait donc être pris pour un kyste transparent qui constitue une affection bénigne par excellence.

Dans un cas, chez un médecin étranger, porteur d'une petite tumeur arrondie, bleutée, du bord libre de la paupière supérieure, nous avons pu faire le diagnostic de mélanome, grâce à l'examen à la lampe à fente, qui a permis de constater *l'absence absolue de la transparence et l'existence de productions cornées engainant la base des cils.*

L'excision large du bord palpébral fut pratiquée. L'examen histologique confirme le diagnostic de mélanome.

Vu la différence capitale entre ces deux affections, ce diagnostic seul mérite donc, dans quelques cas, d'être discuté. (Docteur P. Bonnet).

Traitement

Les kystes transparents des paupières sont facilement justiciables de l'intervention thérapeutique, d'autant plus que la guérison certaine et définitive ne saurait faire l'objet d'un doute. Différentes méthodes ont été employées dans ce but, mais toutes ne nous paraissent pas avoir une égale efficacité. Certaines d'entre elles donnent des résultats définitifs. D'autres, malgré des résultats habituellement satisfaisants, donnent lieu quelquefois à des récides.

Nous allons parcourir les différentes méthodes curatives de cette affection bénigne par excellence, qui pousse généralement son porteur à l'intervention, plus souvent pour des raisons esthétiques que pour la gêne fonctionnelle qu'elle peut causer.

On a cherché à provoquer la rupture de la poche kystique par des moyens chirurgicaux : soit simple piqûre de la membrane, soit excision partielle aux ciseaux. Mais ce mode opératoire, suffisant dans la plupart des cas, peut être sujet à des récides ; en effet, la reproduction du kyste est possible par la persistance des parois kystiques, origine de l'épanchement.

Pour prévenir toute récide, on emploie un moyen plus radical et d'une efficacité certainement supérieure : c'est l'excision du kyste en totalité, parois

comprises. Cette méthode est très rationnelle et donne d'excellents résultats, d'autant plus qu'en pareille circonstance, le résultat cherché et obtenu est la suture immédiate de l'incision. Toutefois, nous ferons observer que dans les cas où ces kystes présentent un volume assez grand, la perte de substance qui résultera de l'extirpation totale de la tumeur, offrira toujours une certaine étendue et déterminera fatalement une cicatrice linéaire. Cette cicatrice, si régulière qu'on puisse la supposer, n'en créera pas moins, en réalité, une légère difformité, désagréable surtout pour les femmes jeunes et élégantes. On peut avoir recours, en présence d'un cas pareil, à l'incision ou mieux encore, à l'excision de la portion saillante de la paroi kystique et pour prévenir les récides possibles, on a soin de cautériser le fond de la poche kystique avec un crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation détermine des phénomènes inflammatoires qui amènent l'oblitération rapide et définitive du cul-de-sac glandulaire.

Une autre méthode thérapeutique simple, facile, donnant des résultats satisfaisants, consiste, tout d'abord, à vider par ponction le kyste de son contenu liquide et à y injecter ensuite une solution du protargol à 10 pour 100.

Nos préférences vont aux méthodes chirurgicales, comprenant l'ablation complète des parois du kyste. L'excision en représente le type anatomiquement idéal.

Cependant, dans l'ablation des kystes *juxta-lacrymaux*, des précautions opératoires spéciales sont imposées par le voisinage du point lacrymal inférieur et

le rapport plus ou moins intime avec le canalicule lacrymal inférieur.

Dans ces cas, le point lacrymal inférieur est cautérisé par une fine sonde. Celle-ci a l'avantage de dessiner le trajet du canalicule et, en outre, de créer un point d'appui qui facilite l'extirpation. Une pince à dents de souris, placée sur le bord de la paupière, en dehors du kyste, provoque l'éversement nécessaire à la mise en évidence du pédicule.

On pratique une incision immédiatement en avant du point lacrymal et parallèlement au bord libre de la paupière. On découvre un plan de clivage et la tumeur peut être enlevée en totalité, sans être ouverte. Le clivage s'effectue alors au ras du canalicule qui se trouve ainsi respecté.

Observations

OBSERVATION I

Clinique ophtalmologique (D^r P. BONNET)

Kyste transparent du bord libre de la paupière inférieure.

S... se présente à la consultation le 18 février 1933 et est opéré le jour même.

Il présente sur le bord libre de la paupière inférieure un kyste du volume d'une tête d'épingle en verre, bleuté, transparent.

L'examen à la lampe à fente permet de préciser les caractères et les rapports : le kyste siège sur le bord ciliaire à 2 millimètres en dehors du point lacrymal qui n'a subi aucune modification de siège ni de forme. Il est arrondi, sphérique, transparent. Il dédouble assez exactement les téguments du bord ciliaire, au point que les cils, entraînés à sa surface, sont déviés dans tous les sens.

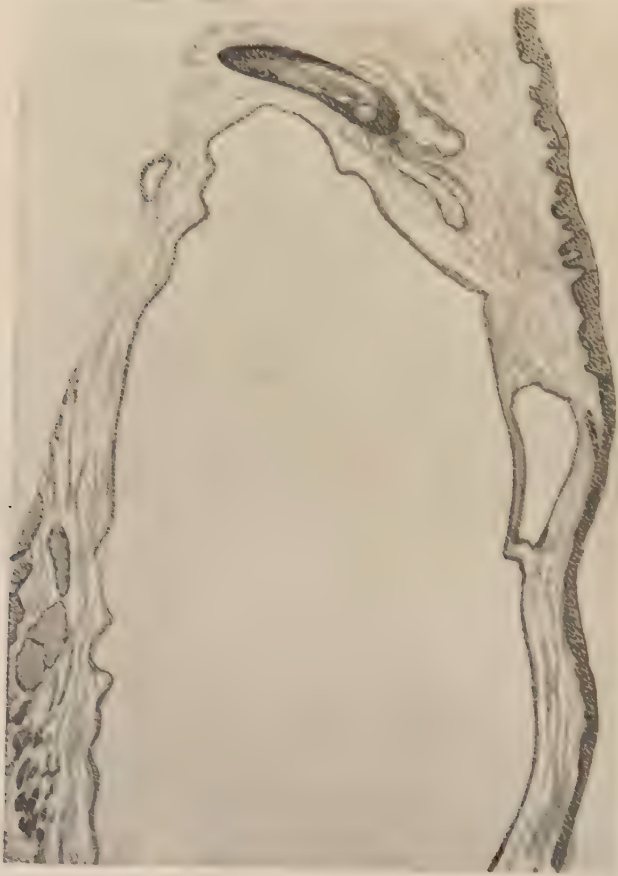
Quelques vaisseaux rampent à la surface cutanée du kyste.

Extirpation du kyste en totalité par une incision parallèle au bord ciliaire, circonscrivant un lambeau losangique de téguments à la surface du kyste.

Guérison très simple.

A l'examen histologique de la pièce on trouve tout autour du kyste, du côté externe, le revêtement épidermique normal avec quelques annexes cutanés (poils, glandes sébacées), du côté profond des fibres musculaires striés. Légère augmentation du nombre des globules blancs interstitiels.

La cavité kystique elle-même est bordée sur tout son pourtour par un épithélium continu, réduit à une seule couche cellulaire le plus souvent, d'aspect endothélioforme. En plu-



A droite épithélium cutané. Plus profondément, cavité kystique, avec petit kyste indépendant. En haut, follicule pileux et glandes sébacées. A gauche, un autre groupe de glandes sébacées.

sieurs points, cependant la bordure a quatre ou cinq couches de cellules. On ne distingue pas de filaments d'union entre les cellules, et celles-ci sont acidophiles. En outre, à l'extérieur

du grand kyste, et sans communication avec lui, on trouve deux autres petits kystes à revêtement interne épithélial, acidophile rappelant l'épithélium sudoripare.

OBSERVATION II

Clinique ophtalmologique (Dr P. BONNET)

Kyste juxta-lacrymal de la paupière inférieure.

V... Jean, 71 ans, employé de commerce.

Le malade se présente à la consultation porteur d'un kyste juxta-lacrymal de la paupière inférieure. Il demande à en être débarrassé parce que cette tumeur, par son volume, le gêne pour porter ses lunettes. La tumeur a le volume d'un gros noyau de cerise. Elle bombe en avant, éverse la paupière inférieure, de sorte qu'elle refoule le verre des lunettes et humidifie constamment de larmes le verre de ce côté.

Ce kyste est apparu il y a 5 ou 6 ans, gros d'abord comme une tête d'épingle, indolore. L'augmentation de volume, d'abord très lente, fut plus rapide depuis 2 ans. Actuellement on voit une tumeur ovoïde, rosée, extrêmement transparente, qui pointe en avant, éverse légèrement la paupière inférieure, et retombe par son poids au devant de la paupière inférieure, jusqu'au regard du rebord orbitaire.

L'examen biomicroscopique à la lampe à fente permet de préciser les rapports du kyste. Il prend son implantation sur le bord ciliaire. La ligne des cils est interrompue brusquement à ce niveau. La base d'implantation englobe le point lacrymal inférieur dont la saillie est effacée. Le point lacrymal semble avoir été distendu, nivelé. Une petite aréole blanchâtre se dessine à plat dans la zone légèrement gris rosée de la base d'implantation. Son orifice lui-même est marqué par un simple trou de dimensions plutôt diminuées. On se rend compte qu'on aura quelque peine à le ménager au cours de

l'exérèse. Le kyste lui-même est absolument transparent. Des vaisseaux l'abondent, venus de la base d'implantation et s'épanouissent à sa surface sans atteindre le pôle culminant. Le bord glandulaire de la paupière est parfaitement respecté. La paupière elle-même est légèrement éversée, éloignée du globe ; le cul-de-sac conjonctival béant est un peu enflammé.

Opération le 12 novembre 1932. D^r Bonnet.

Le voisinage du point lacrymal inférieur, compris dans la base du kyste, impose des précautions spéciales.

Le point lacrymal inférieur est cathétérisé par une fine sonde. Celle-ci a l'avantage de dessiner le trajet du canalicule et en outre de créer un point d'appui qui facilite l'extirpation. Une pince à dents de souris placée sur le bord libre de la paupière, en dehors du kyste, provoque l'éversement nécessaire à la mise en évidence du pédicule.

Incision immédiatement en avant du point lacrymal, parallèle au bord libre de la paupière. On découvre un plan de clivage et la tumeur peut être enlevée en totalité, sans être ouverte. Le clivage s'est effectué au ras du canalicule lacrymal qui a pu être respecté.

Suture des téguments.

Suites opératoires très simples. Guérison parfaite.

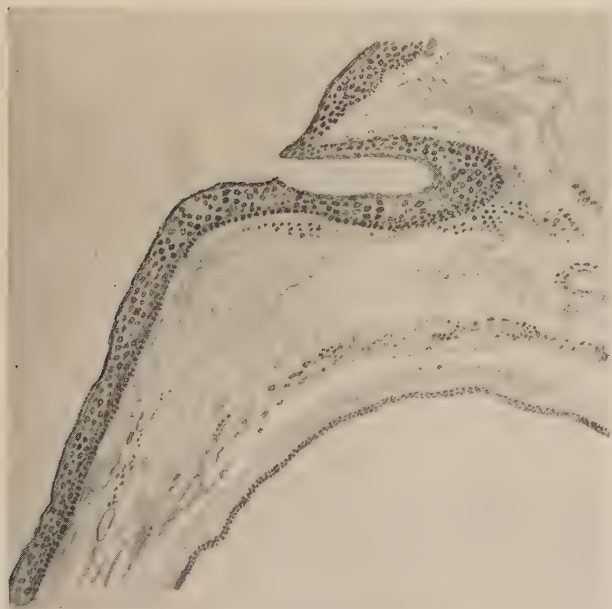
Examen histologique.

La périphérie de la pièce est recouverte sur tout son pourtour par un épithélium de revêtement cutané absolument normal, très pauvre toutefois en couche cornée. Au niveau du point d'implantation, le pédicule manque.

Sous ce revêtement épithélial, le stroma fibro-conjonctif assez dense et serré est peu riche en éléments lymphocytaires, que l'on trouve cependant groupés autour des vaisseaux, assez nombreux mais de petite taille. Nulle part on ne trouve dans le stroma, même au niveau du pédicule, d'éléments glandulaires normaux, sébacés ou sudoripares.

Plus profondément on rencontre la cavité kystique entièrement libre du liquide qu'elle contenait. Sa paroi est formée de cellules cubiques de petite taille, presque endothéliiformes

par endroits, mais certainement de nature épithéliale. Presque partout, il existe une seule couche de ces cellules, en certains endroits elles se superposent en 2 ou 3 rangées, mais nulle part elles ne prennent l'aspect d'un épithélium du type ectodermique.



En haut et à gauche, revêtement cutané avec l'orifice d'un follicule pileux. En bas et à droite, paroi du kyste.

On ne peut préciser d'une façon absolument certaine aux dépens de quels éléments le kyste s'est formé. Il semble que l'on puisse éliminer d'une façon certaine une origine sébacée. Il paraît probable que le kyste provient des éléments sudoripares, sans que l'on puisse toutefois l'affirmer.

OBSERVATION III

(GABRIÉLIDÈS, *Annales d'Oculistique*, 1927, p. 926.)

Homme de 40 ans. Présente à la région lacrymale des paupières gauches deux kystes dont le supérieur plus petit, de grosseur d'une tête d'épingle, est situé à côté et immédiatement au-dessus du point lacrymal ; et l'inférieur de grosseur d'un grain de raisin siège en dedans du point lacrymal, à côté de la commissure palpébrale.

Connaissant l'affinité que possèdent les molécules des solutions argentées de se fixer sur les fibres élastiques et musculaires, nous avons pensé, après avoir vidé le kyste de son contenu liquide, de le remplacer par une solution de protargol à 10 %.

Après l'injection de protargol, le malade ressentit des douleurs assez vives, mais supportables, les deux paupières sont devenues rouges et œdémateuses. Le lendemain, le kyste avait perdu sa couleur noire due au protargol. Trois jours après, tout était rentré dans l'ordre, l'œdème avait disparu et les parois du kyste se trouvaient accolées. Le malade refuse l'opération. Huit jours après, la couleur rougeâtre du kyste disparaît également et il devient très difficile à distinguer qu'à cet endroit précis préexistait un kyste. La guérison est définitive.

OBSERVATION IV

(GABRIÉLIDÈS, *Annales d'Oculistique*, 1927, p. 926.)

Femme de 40 ans. Vient consulter pour épiphora ayant débuté il y a un an à l'O. D. Kyste transparent de la portion lacrymale du bord libre de la paupière inférieure. La malade est incapable de préciser si l'épiphora a débuté avant ou après l'apparition du kyste, dont l'existence a été constatée il y a un an.

OBSERVATION V

(AHLSTROM, *Annales d'Oculistique*, févr. 1903, t. 129, p. 107.)

Mme Henriette B..., âgée de 53 ans, vient me trouver pour la première fois le 4 septembre 1902 et présentait alors des tumeurs bilatérales. A la paupière inférieure de l'œil droit se trouvait sur la commissure externe et cachant en partie celle-ci, une grande tumeur mesurant 22 millimètres de largeur et 16 millimètres de hauteur et d'épaisseur ; elle était formée par un kyste fortement tendu, de forme ronde, légèrement aminci au dehors ; sa surface présentait deux sillons faiblement tracés et dans ceux-ci couraient de petits vaisseaux sanguins au travers sur la tumeur ; du reste, la surface était absolument nue et couverte de peau lisse. La tumeur était fermement reliée sur une petite partie de sa base avec le bord de la paupière. Elle était transparente à un haut degré et à la lumière transmise présentait une couleur jaune rouge ; on pouvait alors facilement observer les fins vaisseaux sanguins cheminant dans la paroi ; ils étaient nettement visibles par suite de leur couleur sombre.

Deux vésicules semblables, bien que de moindres dimensions existaient à gauche ; l'une, la plus grande des deux, était placée symétriquement comme celle de l'œil droit qui vient d'être décrite ; elle mesurait 10 millimètres de diamètre et montrait clairement qu'elle partait du bord libre de la paupière. De même pour celle qui siégeait sur la paupière supérieure, qui mesurait 7 millimètres de diamètre et se trouvait placé avec son bord temporal à 2 millimètres en dedans de la commissure externe. Ces deux kystes étaient absolument semblables en consistance et en transparence à celui qui se trouvait sur l'œil droit.

E. V. = 6/6.

La première apparition de ces kystes datait d'une époque éloignée : le kyste de l'œil droit et celui de la paupière inférieure du côté gauche s'étaient formés en même temps il y a

environ 25 ans, alors que la malade, pendant un séjour en Amérique, fut atteinte de fièvre. Depuis ce temps, l'état s'est maintenu le même jusqu'il y a un an où, sans cause provocatrice, le plus petit kyste de la paupière supérieure gauche commença à progresser, en même temps que celui de l'œil droit semblait s'accroître.

D'ailleurs le sujet était absolument en bonne santé sous tous les rapports.

J'entrepris, le 10 septembre, l'opération ; j'extirpais les deux petites tumeurs au moyen d'une incision passant à travers leur base, immédiatement contre le tarse, ce qui eut pour effet de les vider. Autour de la grande tumeur je fis une circoncision autour de la base et, afin d'enlever *in toto* le kyste, une petite excision cunéiforme de la partie du tarse où elle était adhérente, et réussis ainsi à éviter de perforer sa paroi. La plaie ainsi produite fut légèrement couverte par la simple attraction de la peau voisine ; la guérison se fit normalement, en sorte que la malade partit guérie, le 20 septembre.

Par une incision verticale, j'ouvris le grand kyste et j'en recueillis le contenu. Celui-ci qui était de la même apparence exactement que ce qui coulait à l'extirpation de deux autres kystes, était, à l'exception de quelques petits flocons fibrineux, limpide, d'une couleur légèrement jaunâtre. La réaction était faiblement alcaline. Le microscope ne décelait aucun cristal ; aucun sédiment ne se forma même après quelque temps.

Comme on pouvait s'y attendre, les parois des kystes étaient extrêmement minces, surtout celles du grand kyste, et elles se rétractèrent considérablement après leur évacuation. La surface intérieure était absolument polie et lisse sans la moindre trace de proéminence ; le kyste de la paupière inférieure gauche se montra contenir deux cavités, l'une grande, l'autre plus petite, et séparées l'une de l'autre par une mince cloison.

Les kystes extirpés furent durcis dans du formol et de l'alcool, puis ils furent inclus dans de la celloïdine. Je fis couper le grand kyste par le microtome dans le sens vertical, les petits dans le sens horizontal ; les coupes furent colorées

par l'hématéine alunée éosine et par la méthode de von Giesen.

Les parois des kystes se montrèrent à l'examen microscopique composées d'un tissu fibreux condensé avec peu d'éléments cellulaires, traversés de quelques vaisseaux à minces parois. Des fibres musculaires striées se voyaient çà et là, sur le grand kyste, plus fréquentes près de la base.

Le revêtement épithélial externe était un peu aminci, en outre normal ; on ne voyait pas de papilles ni poils ou glandes quelconques, sauf au niveau de la partie située plus près de la base, où l'épithélium avait aussi repris son épaisseur ordinaire. L'intérieur des kystes était revêtu de deux couches et à certaines places, de trois couches de cellules aplaties avec des noyaux ovales assez grands parallèlement couchés le long de la paroi. Celle-ci était partout absolument lisse sans la moindre irrégularité.

OBSERVATION VI

(SICHEL, *Moniteur des Hôpitaux*, 1852.)

Le 6 juillet 1847, je présentais à ma clinique, sur un homme d'une quarantaine d'années et fortement constitué, un milium jaunâtre très élevé, irrégulièrement arrondi, un peu plus long que large, de 5 millimètres sur 3 millimètres et demi, situé près du bord libre de la paupière inférieure. Non loin du grand angle de la paupière inférieure, il en existait un autre très petit, à peine commençant, d'une teinte jaunâtre beaucoup plus pâle. Lorsque je l'eus ponctionné avec une aiguille, il en sortit qu'une sérosité limpide, comme celle qui est contenue dans les kystes séreux.

OBSERVATION VII

(DESFOSSÉS, *Archives d'Ophtalmologie*, 1881, p. 82.)

Dans le courant du mois de juin 1880, se présenta à la policlinique de l'Hôtel-Dieu le nommé X..., qui venait con-

sulter pour une petite tumeur kystique de la paupière inférieure.

Ce kyste, de la grosseur d'un petit pois, occupait le bord libre de la paupière et dépassait un peu la lèvre antérieure ou ciliaire de ce bord ; son centre correspondait au point lacrymal inférieur, et tout nous porte à croire que le conduit lacrymal correspondant était perméable, quoique comprimé par la tumeur ; car jamais le malade ne s'est plaint de larmoiement. On n'observe aucune trace d'inflammation périphérique. Sa paroi semble extrêmement mince, elle est distendue par un liquide absolument limpide, et sillonnée par quelques fins vaisseaux. Ajoutons que la tumeur jouit d'une certaine mobilité. Au niveau du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs, on aperçoit une toute petite tumeur kystique, d'aspect opalescent, ayant à peine le volume d'une tête d'épingle et contenue dans l'épaisseur même du kyste plus volumineux dont nous venons de donner la description sommaire.

Ce kyste fut opéré séance tenante, et cela assez heureusement pour ne pas rompre ses parois. Une fois enlevé, il mesurait : en hauteur, 4 à 5 millimètres, et, transversalement, 3 millimètres. Traité pendant cinq jours par le liquide de Müller, et durci par les procédés usuels, des coupes furent pratiquées dans le sens antéro-postérieur.

Nous avons constaté alors que notre kyste n'était pas unique comme on aurait pu le supposer : sur une coupe notre tumeur est formée par trois poches distinctes, séparées les unes des autres par de minces cloisons. La poche qui occupe la partie postérieure est à elle seule plus volumineuse que les deux autres.

La surface de la tumeur est formée aux dépens du bord libre de la paupière. L'épithélium qui le recouvre est aminci, et on ne voit plus les papilles que l'on observe à l'état normal. Entre cet épithélium superficiel et le kyste, se trouve interposée une mince couche de tissu connectif, qui renferme quelques vaisseaux et une couche à peu près continue de

fibres musculaires striées, provenant, soit de l'orbiculaire, soit du muscle de Riolan.

Vers le bord antérieur de la tumeur, au niveau où elle dépasse la lèvre antérieure du bord libre pour se confondre avec la face externe de la paupière, les papilles reparaissent, l'épithélium reprend son épaisseur normale ; on rencontre les follicules pileux et les glandes sébacées de la région. Nulle part nous n'avons trouvé trace d'inflammation.

Les trois kystes qui constituent notre petite tumeur ont partout la même structure, séparés par une mince cloison. L'épithélium qui les tapisse est cubique, formé par un seul rang de cellules, légèrement granuleuses, présentant un noyau ovoïde assez volumineux. A la face profonde de ces cellules, entre elles et la paroi propre du kyste, se trouve une rangée d'éléments beaucoup plus petits, se présentant à un faible grossissement, sous l'aspect d'un pointillé assez serré et se colorant plus vivement par le carmin que les cellules épithéliales qui les recouvrent.

OBSERVATION VIII

(SALA, *Annales d'Oculistique*, t. 126, p. 221.)

Il s'agit d'une femme de 41 ans qui présentait une tuméfaction de la peau de la paupière vers l'angle externe de l'œil. Cette tumeur, qui avait débuté il y a 8 ans, était grosse comme une noisette à droite et comme un petit pois à gauche quand M. Sala vit la malade. Ces tumeurs s'étaient développées, au dire de la malade, sans causes appréciables (traumatisme, etc.). On diagnostiqua : kyste de la peau des paupières et on proposa l'ablation de ces tumeurs, mais la malade ne se laissa opérer qu'à droite parce que cette tumeur, beaucoup plus grosse de ce côté, la gênait dans les mouvements des paupières. Ce kyste, après extirpation, comprenant un

petit lambeau de peau adhérent, se montre d'une forme irrégulière ronde, de près de 20 millimètres de diamètre sur 7 millimètres d'épaisseur. Il est bosselé à sa surface et de consistance un peu plus ferme que la peau. A l'examen, cette tumeur se trouve composée de plusieurs cavités kystiques de différentes grandeurs dont une occupe presque un tiers du volume de toute la tumeur. Ces cavités sont remplies d'un liquide blanchâtre opalescent avec des détritux appliqués aux parois. Dans la peau palpébrale qui forme la paroi antérieure du kyste, on observe des enfoncements plus ou moins profonds, parfois comme divisés en lobules, dont les bords se trouvent en contact et montrent une tendance à se souder. En comparant les altérations histologiques de l'épithélium de revêtement de ces cavités kystiques complétées avec celles de ces enfoncements cutanés, on doit retenir qu'il existe une intime connexion entre ces deux formes de cavités et que même les premières doivent s'être formées par la soudure des bords libres de ces enfoncements cutanés. Ceux-ci, séparés de l'extérieur par le liquide qui y transsudait, ont fini par arriver à cette forme de kystes plus ou moins arrondis.

En effet, si on observe les cellules de l'épithélium de revêtement de ces deux formes de cavités, l'on voit : que dans les deux cas ces cellules sont entre elles très rapprochées sans qu'on retrouve des traces d'espaces intercellulaires ; que le protoplasma de ces cellules, peu granuleux et colorable dans les couches profondes de l'épithélium, à mesure qu'il s'approche de la surface interne de la cavité, se fait plus clair et plus granuleux. On trouve des prolongements dans la surface interne de ces enfoncements qui rappellent ceux qui existent beaucoup plus développés dans les kystes complets.

Des examens macroscopiques et microscopiques des kystes contenus dans la tumeur, il résulterait qu'ils sont formés par la soudure du soulèvement de la peau palpébrale, ou pour mieux dire ces kystes seraient constitués par des portions de peau palpébrale qui, s'étant invaginées en forme d'enfoncements, se seraient changées en cavités kystiques par la sou-

ture de leurs bords libres ; on rencontre le même processus en partie, au niveau du col utérin, dans les ovules de Naboth, dans ces petits kystes dus, d'après Zeller, dans les endométrites chroniques, à l'épaississement des replis de la muqueuse.

OBSERVATION IX

(GABRIÉLIDÈS, *Annales d'Oculistique*, 1927, p. 926.)

Femme de 50 ans, vient consulter pour une tumeur siégeant sur le canthus externe de son O. D. De ce fait, le champ visuel se trouve considérablement gêné. Nous constatons à l'angle de la commissure externe de la paupière inférieure, un kyste transparent, gros comme un grain de raisin et de 1 centimètre de diamètre.

On remarque sur le kyste quatre formations opaques ayant la forme de petites massues et de dimensions de 2 millimètres sur 4 millimètres. De même, on aperçoit quelque rares vaisseaux excessivement fins. Au dire de la malade, le kyste est apparu depuis 5 ans, sans occasionner beaucoup de gêne, c'est seulement pendant cette dernière année que son volume a commencé à augmenter. A la partie postérieure du kyste, on voit un autre petit kyste de 1 millimètre.

L'O. G. présente également vers le canthus interne à 1 millimètre $1/2$ du point lacrymal, un petit kyste.

Lipome au-dessous de l'omoplate gauche. Rien de pathologique aux yeux. Une hypermétropie datant de bas âge, à laquelle s'est ajoutée la presbytie nécessitant + 7 d. pour le près et + 3 d. 50 pour le loin.

Conclusions

I. — Les kystes transparents des paupières, développés aux dépens des glandes sudoripares, dites glandes de Moll, se présentent sous forme de tumeur, dont le siège habituel est le bord libre de la paupière inférieure et, plus particulièrement, la région juxta-lacrymale.

II. — Leur intérêt est précisément fait des rapports immédiats que peut contracter le kyste avec le point lacrymal et le canalicule lacrymal inférieur. Nous nous sommes attaché à préciser par l'étude biomicroscopique à la lampe à fente, les rapports de ces kystes avec les voies lacrymales, avec le bord ciliaire, leur vascularisation.

III. — Le diagnostic est ordinairement facile. Seul, un mélanome du bord ciliaire, par sa forme sphérique, sa coloration bleutée, pourrait être pris pour un kyste transparent. L'erreur serait grave de conséquences. Nous apportons les signes que l'examen biomicroscopique seul peut donner, par lesquels le mélanome peut être reconnu: l'apparence que donne la coloration bleutée de transparence ne subsiste pas à l'examen biomicroscopique. D'autre part, la présence de productions

cornées à la base des cils, doit être interprétée en faveur du mélanome.

IV. — Le traitement des kystes transparents, tumeurs essentiellement bénignes, consiste en l'extirpation totale. Seuls, les rapports avec le point lacrymal et le canalicule lacrymal inférieur, qu'il importe de ne pas léser, imposent une technique opératoire spéciale.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
LE DOYEN,	FLORENCE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 3 Juin 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- AHLSTROM. — Kystes transparents des paupières. *Annales d'Oculistique*, févr. 1903, t. 129, p. 107.
- BOCK. — Augenärztliche Mittheilungen. *Wiener Medicin. Wochenschrift*, 1898, p. 1731.
- CAVARA. — *Archivio di oftalmologia*, 26^e année.
- DEMOURS. — *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 119.
- DESFOSSÉS. — Kystes sudoripares du bord libre des paupières. *Archives d'Ophthalmologie*, 1881, p. 82.
- FANO. — Nature et traitement des kystes des paupières. *Bulletin de Thérap.*, 1862.
- GABRIÉLIDÈS. — Sur les kystes transparents des bords libres des paupières et sur les hydatides ou kystes huileux. *Annales d'Oculistique*, 1927, p. 926.
- GENDRON. — *Traité*. Paris, 1770, t. I, p. 195.
- HUBERT SATTLER. — Beitrag zur Kenntniss der modificirten (Moll'schen) Schweissdrüsen des Lidrandes. *Arch. f. microsc. Anat.*, XIII.
- MAITRE-JAN. — *Traité*, 1707, p. 500.
- MICHEL. — Klinische Beiträge zur Kenntniss seltener Krankheiten der Lidhaut. *Arch. für Augenheilkunde*, XLII.
- SAINT-YVES. — *Nouveau traité*, trad. d'Aug., LXI, 1767, p. 100.
- SALA. — Sur une forme particulière de kyste des paupières. *Annales Ocul.*, t. 126, p. 221.
- SICHEL. — Sur les kystes séreux de l'œil et des paupières, appelés vulgairement hydatides ou kystes hydatiques. *Arch. générales de Méd.*, 1846, t. XI, p. 430.
- SICHEL. — Sur le milium. *Moniteur des Hôpitaux*, 1852.

- STOEWER. — Cysten der Oberlider. *Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.*, XXX, p. 192.
- TARTUFERI. — *Internat. Monatsschrift f. Anat. und Physiol.*, 1887. Sonderabdruck.
- VELPEAU. — *Sur la pathologie des paupières*. Dic. en 30 vol., t. XXIII, p. 286.
- VERNEUIL. — Sur les affections des glandes sudoripares. *Arch. de Méd.*, 1854.
- DE WECKER. — *Traité théor. et prat. des mal. des yeux*. Paris, 1863, t. I, p. 639.
- WENZEL. — *Man. de l'Ocul.*, 1808, t. I, 356.
- WINTERSTEINER. — Ueber Lidrandcysten. *Berl. Klinische Woch.*, 47, 1894, p. 1074. — *Arch. f. Augenheilkunde*, 1896, t. 38 (Sonderabdruck).
- YVERT. — Des kystes transparents des paupières. *Recueil d'Ophthalmologie*, 1880, p. 33-106, 3^e série, 2^e année.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	9
Aperçu général	17
Etude clinique	19
Anatomie pathologique et pathogénie.....	25
Diagnostic	37
Traitement	41
Observations	45
Conclusions	59
Bibliographie	61



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

90 00 00 00 LYON 00 00 00 00



